

Un caso interesante de « Colapsus puerperal » en la vaca

(RECAÍDA-RECIDIVA)

POR EL DOCTOR OSCAR M. NEWTON

He intervenido en cinco casos de colapsus puerperal, enfermedad impropriamente denominada fiebre vitular por algunos autores.

De los casos intervenidos, uno de ellos, el que motiva esta publicación reviste especial interés por recaída y recidiva, como también por haberse presentado la enfermedad bajo los pródromos del último parto.

He aquí la historia clínica del presente caso.

El día 19 de septiembre de 1921, el señor don Marciano Cano, solicita mi intervención para atender a una vaca lechera en su residencia de Martínez (F. C. C. A.).

Alojada en sitio conveniente para su estabilización encuentro a la vaca enferma en decúbito esterno-abdominal. El pescuezo en flexión lateral derecha, apoyando la cabeza a nivel de la región esterno-costal y el mentón sobre la cama de paja.

Se trata de una vaca mestiza Jersey. Edad 5 años. Multípara, cuatro pariciones, sin antecedentes sobre los partos anteriores y puerperios correspondientes. Muy buena lechera en cantidad y calidad, esta última sabemos ya que es una característica de esta raza de las islas Jersey. Se encuentra en buen estado de nutrición, alimentándose con pasto seco y verde.

Se inicia la enfermedad a los dos días de un parto, dando una cría a término que se encuentra en perfectas condiciones. El período de excitación con que esta enfermedad suele presentarse, no fué observado por el encargado, muy posiblemente fué poco aparente o debió producirse en la noche.

La enferma cae en decúbito con imposibilidad material para levantarse, motivando la intervención profesional.

Examen clínico. — La enferma se encuentra en profundo estado de somnolencia. Los párpados caídos y un poco de lagrimeo. Por la comisura de los labios sale líquido algo espeso, filante. Indiferente e insensible a toda provocación. Temblores en diversos grupos musculares. Temperatura rectal 35 grados. Cabeza, cuerpo y extremidades frías. Llevando el pescuezo a extensión vuelve a la posición anterior, pesadamente, sin que determine la más mínima manifestación de lucidez. Parálisis completa del tren posterior, paraplegia.

Aparato respiratorio: El número de actos respiratorios es de siete por minuto, y lentos, profundas las inspiraciones. Ronquido laríngeo por paresia.

Aparato circulatorio: Pulso caudal, frecuente y débil, 80 pulsaciones. Corazón a marcha frecuente y poco enérgica.

El recto se encontraba lleno de excremento y la vejiga en repleción.

Las ubres, sin acumulación exagerada de calostro y leche, no presentaba núcleos o zonas endurecidos. Al ordeñe se extrae calostro y leche mezclados, de aspecto normal.

Este conjunto sintomatológico caracteriza al verdadero y típico cuadro clínico de la enfermedad, cuya designación de «colapsus puerperal» considero es el que cuadra conforme a su sintomatología y no el de «fiebre vitular». Sobre este particular dedicaré algunas líneas al final.

Verificado el diagnóstico, procedí rápidamente a su tratamiento:

Inyección hipodérmica de cafeína y de aceite alcanforado al 20 por ciento, 30 cc. en cada cuarto trasero. Frotamiento del cuerpo con un cepillo de paja.

Extracción del contenido de los cuatro compartimentos mamarios. Insuflación de aire filtrado con el aparato de Evers, en las cuatro secciones, haciendo al mismo tiempo suave masaje y ligando sucesivamente los pezones o tetas con una cinta.

Al vaciamiento del contenido de la vejiga por sondaje, se extrajeron unos diez litros de orina, de aspecto siruposo y turbio, color ámbar pálido. Poco espumoso. En reposo dejó sedimento. Olor *sui generis*.

Al vaciamiento del contenido rectal, abundante cantidad de excremento endurecido. Llevado el termómetro a unos 50 centímetros al interior, marcó 36,7, siendo la rectal de 35 grados.

A los 30 minutos de aplicado el tratamiento se retiran una por una las ligaduras de los pezones y previa extracción de pequeña cantidad de líquido lechoso, efectúo nueva insuflación de aire y ligadura consecutiva.

A la hora y media la temperatura rectal se había elevado a 36, o sea un grado de diferencia. Exteriormente, en el cuerpo, se notaban zonas con temperatura más elevada, aunque irregularmente repartida. El pulso marcaba el mismo número de pulsaciones, pero más palpable. La respiración sin modificación aparente. El estado general de la enferma era más o menos el mismo.

A las dos horas, inyecto cafeína y aceite alcanforado en las mismas dosis y también una tercera insuflación de aire.

A las tres horas el termómetro marcó 37.2. El pulso menos acelerado y más enérgico. El número de actos respiratorios aumentado, el ronquido había desaparecido auscultando con el fonendoscopio.

Llevado el pescuezo a la extensión se mantiene sin volver ya a la anterior posición, pero no había suficiente energía para mantener la cabeza levantada. Esta, pesadamente apoya con el mentón en el suelo. De cuando en cuando efectúa movimientos de balanceo con la cabeza, sin levantarla.

Provocándola y palmoteándole en la cabeza y cuerpo, entreabre los párpados, para caer nuevamente en profundo sopor. Las extremidades posteriores llevadas a la extensión se flexionan, volviendo poco a poco sin llegar a la posición primitiva. Continúan frías e insensibles.

A las cuatro horas el termómetro marcó 37.5. La temperatura exterior o periférica del cuerpo más uniforme. La respiración más frecuente y su ritmo a la normal. El pulso fácilmente palpable, menos frecuente y más tonificado.

Ante una franca reacción, verifico una última insuflación de aire, suspendiendo las inyecciones de cafeína y aceite alcanforado hasta la noche, debiendo inyectarle sólo aceite alcanforado a fin de tonificar y reactivar las funciones orgánicas más importantes. Al mismo tiempo se le abriga convenientemente.

Me retiro en la tarde dejando a la enferma fuera de peligro. Advierto al encargado que prestara atención y vigilara con frecuencia por cuanto podría levantarse de un momento a otro, lo que no debía sorprenderle en tal caso, que inmediatamente se le cambie la cama y se le dé a tomar agua con sulfato de magnesia, 400 gramos.

Al día siguiente de mañana se me informa telefónicamente que la vaca se había levantado y se encontraba fuera de su corralito.

Hago indicación de que previo un suave ordeño se le deje mamar a la cría, que hasta ese momento se le había alimentado a leche rebajada con agua. Como alimento, pasto verde solamente por ese día, pudiendo al día siguiente continuar su alimentación de antes, si la vaca se mostrara en perfecta salud.

Al mediodía se me llama nuevamente, para comunicarme que la vaca había caído enferma con los mismos síntomas del anterior ataque, hago indicación de nueva insuflación de aire y aceite alcanforado, mientras me trasladaba al lugar.

Se trataba de una recaída. El termómetro marcó 34.5 grados. Inmediatamente practiqué una sangría de 4 litros, sangría que se imponía por intensa congestión de la conjuntiva ocular, denunciando un proceso congestivo interno. A las dos horas se repiten las insuflaciones de aire y se continúa el tratamiento a base únicamente de éstas.

A las seis horas de este segundo ataque se me comunica que la enferma se encontraba mejor y que momentos antes se había levantado. Al día siguiente y sucesivos continúa sin novedad, completamente restablecida.

Recidiva. — El día 27 de septiembre de 1922, se me solicita para atender a la misma vaca, que como el año anterior se había enfermado presentando los mismos síntomas.

Me traslado confirmando el caso de « colapsus puerperal » recidiva.

Aplico idéntico tratamiento al del año anterior, obteniendo el mismo resultado favorable

En este segundo ataque, recojo orina y hago verificar su análisis con el siguiente resultado :

INSTITUTO BIOLÓGICO DE LA SOCIEDAD RURAL ARGENTINA

Número 144.085.

Septiembre 26 de 1922.

ORINA DE VACA

Examen físico

Color.....	amarillo ambar
Olor.....	<i>sui generis</i>
Consistencia.....	flúida
Aspecto.....	turbio
Espuma.....	blanca
Sedimento.....	pequeño, amarillo, esponjoso
Reacción.....	alcalina
Densidad.....	1,0332

Observación espectroscópica

Hemoglobina, urobilina.

Examen químico

Residuo sólido total.....	76,950
Materias minerales.....	24,120
Materias orgánicas.....	52,830
Urea.....	17,930

Cloruro en NaCl.....	4.680
Fosfatos en P ₂ O ₅	0,760

Elementos anormales

Albúmina.....	1.381 gramos por 1.000 c. c.
Glucosa.....	18.500 —
Indicano.....	contiene abundante proporción
Urobilina.....	— pequeña —

Examen microscópico

Regular número de células epiteliales poliédricas, pequeño número de hematíes, regular número de leucocitos en su mayor parte degenerados (glóbulos de pus) y regular número de microorganismos.

La presencia de albúmina y glucosa confirma los resultados de otros análisis de orina, procedentes de vacas atacadas de « colapsus puerperal ».

Visto la predisposición de esta vaca a contraer la enfermedad, teniendo en cuenta la recidiva y, temiendo en consecuencia su repetición en el próximo parto, llamo la atención del encargado, recomendándole que unos días antes de la fecha en que la vaca deba parir se le alimente con moderación, que en el agua de bebida durante esos días se ponga sulfato de magnesia, calculando unos 300 gramos por día. Que se le obligue a caminar dos o tres veces al día, y después de cada paseo se le extraiga por ordeño moderado una parte de calostro.

Fueron suficientes estas indicaciones preventivas, para que durante el puerperio correspondiente al parto del año 1923, no se produjera nueva recidiva de « colapsus puerperal », ni trastorno alguno *post partum*.

En septiembre del corriente año se me llama otra vez; no encontrándome en ésta, y mi socio el doctor Lucas tampoco, interviene un colega de la localidad.

A mi regreso, al tener conocimiento del llamado supuse que se trataba de la misma vaca ya que no había otra. Interesado en el caso requiero datos y se me informa que se trataba efectivamente de la misma vaca y que había muerto al día siguiente de enfermarse, pero no ya durante el puerperio, sino antes o durante los pródromos del parto. La enfermedad se había presentado con paraplegia y demás síntomas que a estar a los datos suministrados, formaban parte del cuadro sintomatológico del colapsus. La fecha de parición correspondía según cálculos del encargado a una gestación a término. Interrogado el mismo si había cumplido las instrucciones que le diera en 1922,

después de la segunda recidiva, me manifestó que no había tomado medida alguna en la creencia que ya no enfermaría más y en caso de producirse se le salvaría fácilmente, teniendo en cuenta los resultados obtenidos con la insuflación de aire en el primer ataque y recidiva.

La circunstancia de producirse el ataque durante los pródromos del parto y sin que el cuadro sintomatológico de «colapsus puerperal» fuera completo, el colega que intervino, confundió sin duda con un simple ataque de paraplegia, algunas veces provocado por el mismo parto, debido a la compresión de nervios o gruesos vasos durante el encaje del feto en el canal pelviano.

En este caso, si se hubiera tenido en cuenta los antecedentes de la enferma y se hubiera aplicado el tratamiento de Evers, tan sencillo, improvisando un aparato insuflador, estoy seguro que la vaca se hubiera salvado.

En este último ataque, complicado y, que he lamentado no haber podido intervenir, resulta más interesante que los anteriores; no tengo la menor duda que hubiera tenido que intervenir para favorecer la realización terminal del parto que pudo muy bien complicarse con distocia fetal, tanto más interesante por doble distocia, maternal y fetal simultáneas.

En resumen: Un primer ataque con recaída, 1921. Un segundo o recidiva, 1922. En 1923 parto normal como los anteriores, pero sin novedad durante el puerperio, que atribuyo a las medidas preventivas, pues no creo que sea obra de la casualidad. Un tercer ataque, 1924, que se inicia predominando con el síndrome paraplegia concomitante con un parto que no llega a su término final por deceso de la enferma.

La muerte de esta vaca la atribuyo únicamente al colapsus de parturición, desempeñando el feto un papel secundario por haberse producido la muerte en breve lapso de tiempo.

Conclusiones que sugiere el presente caso y otros anteriormente observados.

- 1° Confirman las recidivas la predisposición individual;
- 2° Que tienen asiento en la zona mamaria, las alteraciones humorales que dan origen a este proceso patológico, actuando sobre el sistema nervioso central y determinando su inhibición funcional que desaparece tan pronto deja de actuar la causa;
- 3° Que el tratamiento combinado de extracción del calostro y leche e insuflación de aire filtrado, modifican fundamentalmente el período de estado de la enfermedad por eliminación de la causa determinante localizada en el medio glandular.

A PROPÓSITO DE LA DENOMINACIÓN DE FIEBRE VITULAR

En esta oportunidad voy a agregar algunas líneas como apéndice a propósito del nombre de fiebre vitular, que se le ha dado a esta enfermedad y que es de uso corriente en textos y revistas.

No es mi ánimo entrar a analizar cada uno de los nombres adjudicados por los que de ella se ocuparon en los diferentes países.

Me concretaré sólo a la denominación de fiebre vitular, por ser la de uso más corriente, como he dicho, y por considerarla impropia como lo demostraré más adelante.

El que haya estudiado el cuadro clínico de esta enfermedad, y con tanta más razón si llegó a observar un caso, se dará cuenta sin duda alguna que los términos que forman el citado nombre no corresponden en modo alguno.

Si analizamos los términos mencionados confirmamos este aserto.

Fiebre. — Sabemos que este síndrome se caracteriza por hipertermia patológica.

En la enfermedad que nos ocupa, si bien suele observarse en el período inicial una elevación térmica sobre la normal, no la caracteriza pues domina en casi todo el proceso el síndrome hipotermia.

Vitular. — Tampoco corresponde, por cuanto el término vitelo s. m. (*vitellus*) del cual se ha tomado sig. Masa de protoplasma que constituye el cuerpo del huevo, formando el embrión cuando hay fecundación, vitelo formativo.

Analizando ahora la denominación de « colapsus puerperal » veremos, que es la que más cuadra conforme al cuadro clínico.

Colapso (colapsus). — Diminución brusca de la actividad cerebral, con caída rápida de las fuerzas y postración. Colapso algido, complejo, sintomatológico, caracterizado por debilitamiento del pulso y de la respiración, enfriamiento periférico y anulación de la actividad motriz.

Término que involucra los síntomas dominantes y constantes de la enfermedad.

Puerperal. — Período o lapso de tiempo comprendido entre el parto y la vuelta de los órganos genitales, particularmente el útero, al estado en que se encontraban antes de la fecundación.

Si bien podría objetarse que hay casos en que se produce la enfermedad días antes del parto, podemos decir que son tan raros como el caso de producirse después del puerperio. A estar a los casos por mí observados y a la bibliografía, puedo decir que fuera del período puerperal son muy raras las observaciones.

Así, pues, si hemos de ajustarnos rigurosamente, como debe ser, al verdadero significado de los términos técnicos, corresponde sin duda para la designación de esta enfermedad, el de «colapsus puerperal», debiendo abolirse el de «fiebre vitular» por no corresponder.

Esto naturalmente hasta tanto nuevas investigaciones sobre la misma no impongan justificadamente otra denominación.

Buenos Aires, diciembre de 1924.